

第17号様式（第20条関係）

自立支援医療（更生医療）費支給認定（新規・継続・変更）申請書												
受診者	フリガナ 氏名				年齢	歳	生 年 月 日 年 月 日					
	個人番号											
	住所						電話番号					
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				被保険者証の被保険者名称							
	同一保険加入者名											
	該当する所得区分 ※1 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					高額治療継続者※2			該当・非該当		
治療方針の変更 ※1	無 ・ 有 （有の場合は意見書等の提出が必要）											
身体障害者手帳番号	<input type="checkbox"/> 東京都 第（ ）号 <input type="checkbox"/> （ ）道・府・県											
自立支援医療費受給者証番号（受給者証の表面参照）※1												
受診を希望する指定自立支援医療機関	医 療 機 関 名					所 在 地 ・ 電 話 番 号						
病院												
薬局												
訪問看護												
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 支給の認定に当たり、申請者及び申請者と同じ医療保険に加入する医療保険上の同一世帯員の医療保険加入状況、収入状況について、台東区が確認することに同意します。</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者氏名 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">台東区長 殿</p>												

※1 継続・変更申請の方のみ記入

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

区記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 住民税課税証明書 住民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					

(裏)

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関しての質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ・受けている：「生保」に○をしてください。
 - ・受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税(均等割か所得割のいずれか又は両方)が課税されていますか。
 - ・課税されていない：3へ
 - ・課税されている：4へ
- 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。
(※収入とは障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額)
 - ・80万円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万円を超える：「低2」に○をしてください。

★下表の該当項目に○をしてください。

また、それぞれの金額がわかる書類(年金振込通知書、通帳の写し等)を添付してください。

(1) 年金	有・無	障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・特別障害給付金 遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金 障害を事由に支給される労災による年金等
(2) 障害者手当	有・無	特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・市町村民税額(所得割)3万3千円未満：「中間1」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割)23万5千円未満：「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額(所得割)23万5千円以上：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」(※下記参照)に該当しますか。
 - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

①更生医療・・・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る。)、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る。)、免疫機能障害

②医療保険の高額療養費で多数該当の方

← 一定所得以下		← 中間的な所得		← 一定所得以上 →	
← 「生保」 →	← 「低1」 →	← 「低2」 →	← 「中間1」 →	← 「中間2」 →	← 「一定以上」 →
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			育成医療の経過措置 負担上限額 5,000円 負担上限額 10,000円		
			重 度 かつ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円